FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° [redacted] 14

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

**Jean DELORME**

Né le 15 avril 1902, à Champeix (Puy-de-Dôme)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

# LA SCARLATINE PUERPÉRALE

*Président :* M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean DELORME**

Né le 15 avril 1902, à Champeix (Puy-de-Dôme)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

# LA SCARLATINE PUERPÉRALE

*Président :* M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

## DOYEN. . . M. ROGER.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie médicale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BAUDOUIN. |
| Pathologie médicale | CLERC. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | LOEPER. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | Maurice VILLARET. |
| Hygiène et médecine préventive | TANON. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | CARNOT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>M. LABBÉ. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | LEREBOULLET. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique de la tuberculose | Léon BERNARD. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Pierre DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeurs sans chaire | BRANCA.<br>MAUCLAIRE. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT-PASTEUR, Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
RETTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE. . | Clinique chirurgicale. | LERI. . . . . | Clinique médicale. |
| AUVRAY. . . | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT. . | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU. . | Clinique chirurgicale. | PROUST. . . | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE. | Clinique méd. | SCHWARTZ . | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER. . | Clinique Obstétricale. | | |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| FREY. . . . . | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT. . . . . | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique |
| WEILL-HALLÉ. . . . . | Puériculture. |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible, mais sincère témoignage de reconnaissance et d'affection.*

A MA CHÈRE FEMME

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUSQUET

*Dont nous pouvons maintenant apprécier les conseils qu'il nous prodigua.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR BILLARD

*In memoriam.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

*Stage :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MACAIGNE
Médecin honoraire des hôpitaux.

*Externat :*

1925-1926. Monsieur le Professeur agrégé ABRAMI, médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré.

1926. Monsieur le Docteur P. EMILE-WEIL, médecin de l'Hôpital Tenon.

1927. Monsieur le Docteur LŒDERICH, médecin de l'Hôpital Necker.

1928. Monsieur le Professeur agrégé DEBRÉ, médecin de l'Hôpital BEAUJON.

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière

*Nous le remercions d'avoir bien voulu nous fournir les éléments de notre thèse.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.*

# LA SCARLATINE PUERPÉRALE

## AVANT-PROPOS

La scarlatine survenant au cours de la puerpéralité a, depuis longtemps, attiré l'attention des médecins et fut dans la seconde moitié du XIXe siècle l'objet de discussions multiples. Depuis 1900, la question semblait avoir perdu de son intérêt et, jusqu'à ces derniers temps, on ne relève que de rares travaux ou thèses sur ce sujet. Mais, depuis quelques années plusieurs auteurs ont eu l'occasion d'étudier à nouveau cette maladie à la lumière des procédés modernes d'investigations, en particulier par la recherche du phénomène d'extinction de Schultz et Charlton et de la réaction de Dick. Ces travaux ont permis d'approfondir et même de résoudre les problèmes diagnostiques et pathogéniques que soulevaient cette maladie et qui justement, avaient fait l'objet des discussions anciennes.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de résumer dans une étude d'ensemble les connaissances que nous possédons sur ce sujet. A l'occasion d'une petite épidémie de scarlatine puerpérale qu'il nous a été donné d'observer au début de l'année 1929 dans le service de Mr le Dr Devraigne à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière l'idée nous est venue de consacrer notre thèse à l'exposé de cette question.

Nous désirons, tout d'abord, avant de poursuivre ce travail exprimer ici notre reconnaissance envers M. le Dr Devraigne dont l'obligeance nous a grandement facilité notre tâche, M. Baize, Interne de l'Hôpital Lariboisière, dont l'amitié agissante nous a été précieuse en cette circonstance, et enfin M. Mayer interne de la Maternité, qui a bien voulu nous mettre à même d'exécuter notre travail.

Nous avons, d'ailleurs, fait de larges emprunts à la communication de MM. Devraigne, Baize et Mayer à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en date du 13 mai 1929 et dans la revue générale parue dans la *Presse Médicale* du 3 août 1929 sous la signature de MM. Baize et Mayer, travaux écrits précisément à l'occasion de la petite épidémie de scarlatine puerpérale dont nous avons parlé.

Notre travail consistera donc à relater les six cas de scarlatine puerpérales apparues à Lariboisière, à exposer les symptômes de la scarlatine puerpérale, en négligeant, de parti pris, les points qui la rapprochent de la scarlatine ordinaire, pour nous appesantir davantage sur les particularités qui en font une maladie bien spéciale, tant par son étiologie que par ses symptômes et son évolution, à insister enfin sur le problème diagnostique qu'elle pose, en montrant tout l'intérêt de la recherche du phénomène d'extinction de Schultz et Charlton et les arguments que l'on peut en tirer pour la discussion pathogénique qui passionnait les anciens auteurs. De plus, nous nous sommes préoccupés de savoir ce que devenait le nouveau-né au cours de la

maladie maternelle et nous avons cherché à nous faire une opinion sur la valeur et la constance de son immunité, dite naturelle.

Pour mener à bien notre thèse, nous avons mis à profit les travaux récemment parus sur cette question et notamment la thèse de Thouveny qui résume les travaux de l'Ecole Lyonnaise ainsi que l'article récent de De Lavergne et Fruhinsholz (de Nancy) sur « le Problème actuel de la Scarlatine des accouchées ».

## OBSERVATIONS

Nos observations peuvent se répartir en deux groupes : les unes (2 cas) survenues aux mois de janvier-février 1929, les autres (4 cas) au mois d'avril 1929.

### OBSERVATION I

Femme P..., primipare.

Entre à la Maternité de Lariboisière en état de travail, membranes intactes, le 23 janvier 1929 ; femme apyrétique.

Dans son entourage on ne signale aucun fait pathologique fébrile, même éloigné.

Accouchement le 24 janvier, normal et à terme, avec déchirure légère du périnée.

Les suites de couches débutent normalement.

Au 3e jour, malaise général, tempétature à 39°, pouls à 110, un vomissement. Lochies abondantes, grisâtres ; l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. La malade est passée à l'isolement.

C'est alors qu'avec la persistance des signes généraux apparaît un exanthème généralisé sur le tronc, les membres et la face, dont le type est nettement scarlatiniforme.

L'exanthème n'est pas absent. Langue très sèche,

blanche, sauf sur la partie postérieure des bords. Le fond de gorge est rouge foncé sans angine caractéristique.

Ecoulement génital verdâtre, très abondant.

L'état reste le même pendant quatre jours. Alors, M. Baize, qui avait examiné la malade à l'apparition de l'exanthème, présente brusquement un syndrome brutal de scarlatine typique avec angine précédant et accompagnant l'éruption.

La malade qui présente alors un début de desquamation est envoyée à Claude Bernard.

Guérison.

## OBSERVATION II

Femme Le F..., primipare.

Accouchement naturel et normal le 17 février 1929. La malade est placée dans le service des couches alors que la première malade s'y trouvait encore dans une salle voisine et communicante. Le 27 février, soit dix jours après, frissons, 40°, dysphagie. L'abdomen est souple, l'utérus est légèrement douloureux au niveau d'une corne. Transportée à l'isolement, la malade présente deux jours après, une angine à fausses membranes dont le laboratoire révèle la nature diphtérique.

Envoi à Claude Bernard où apparaît un exanthème généralisé scarlatiniforme avec température à 41°7.

A ce moment, pertes fétides, abdomen douloureux, utérus gros et sensible.

La malade est ramenée à Lariboisière avec le diagnostic d'érythème scarlatiniforme d'origine puerpérale.

C'est alors qu'apparaît une desquamation purpuracée au visage, en larges lambeaux aux mains, aux pieds et sur la poitrine.

Il s'agissait donc de scarlatine compliquée d'angine diphtérique chez une accouchée présentant une infection utérine évidente.

Guérison.

## OBSERVATION III

Femme N..., 17 ans, primipare.

Entre le 1er avril 1929 en état de travail apyrétique, n'ayant eu aucun contact avec des scarlatineux.

Accouchement normal le 4 avril. Le 11 avril (septième jour) la femme se plaint de la gorge. Température 39°5. Pouls 90. Au niveau de la gorge il existe au plus une légère rougeur diffuse. Le lendemain apparition d'un exanthème généralisé scarlatiniforme. Utérus en bonne évolution mais écoulement de lochies brunâtres un peu fétides.

Avant l'envoi à Claude Bernard on recherche le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton. Celui-ci est net et persistant, étendu sur 8 à 10 cm. environ.

Ultérieurement desquamation.

Guérison.

## OBSERVATION IV

Femme B..., 39 ans, primipare.

Accouchement normal et à terme le 3 avril 1929. Passage dans la salle de travail au cours des mêmes 24 heures que la femme précédente.

Le 10 avril, septième jour, céphalée, température à 37°8, légère dysphagie. Rien à l'examen de la gorge.

Le 9e jour apparition sur le visage et le tronc d'une éruption non confluente accompagnée d'un exanthème buccopharyngé très discret.

L'utérus est gros et douloureux, l'abdomen sensible.

L'éruption se confirme, devient confluente.

Le phénomène de Schulz et Charlton est très positif.

Envoi à Claude Bernard. Desquamation.

Guérison.

## OBSERVATION V

Femme M..., 35 ans, IV-pare.

Accouchée le 11 avril, est passée dans le service des suites de couches alors que l'une des deux femmes précédentes y étaient encore et que l'autre venait d'en sortir.

Elle se trouve dans une salle différente mais qui communique avec celle où se trouvaient les deux premières femmes.

Le septième jour, dysphagie, fièvre, un vomissement ; utérus douloureux et lochies fétides ; le lendemain, apparition d'un exanthème scarlatiniforme typique. Phénomène de Schultz et Charlton négatif. Passage à Claude Bernard dans le service de M. le Professeur Teissier où l'on diagnostique scarlatine. Desquamation.

Guérison.

## OBSERVATION VI

Femme M..., 22 ans, primigeste.

Fausse-couche de 3 mois 1/2 le 1er avril 1929. Deux jours après (3 avril) frissons, malaise général, 40°, vomissements répétés, sécheresse de la gorge.

Entre le 4 avril dans le service de M. Gandy où l'on constate un exanthème rouge framboisé de l'isthme du pharynx, sans adénopathie et une langue saburrale au milieu, rouge sur les bords.

Le lendemain, exanthème nettement scarlatiniforme. prédominant au tronc et à la racine des membres. Phénomène de Schultz et Charlton fortement positif.

Pouls à 130, urines albumineuses, utérus un peu gros, sensible, quelques pertes fétides.

Isolement. Le 7 avril, angine ulcéreuse et rhinite avec jetage muco-purulent ; streptocoque à la culture du mucus pharyngé.

Le 11 avril, otite gauche rapidement perforée, compliquée le 13 de mastoïdite qui motive le passage de la malade au service d'oto-rhino-laryngologie de Claude Bernard.

A ce moment l'érythème a disparu ; desquamation commençante à la face (furfuracée).

Au total, scarlatine compliquée survenue au troisième jour après un avortement probablement septique, sans notion de contage.

Guérison.

Les enfants ont été dans chaque cas systématiquement séparés de leur mère dès le diagnostic fait ; aucune contagion n'a été observée de la mère à l'enfant alors que l'allaitement avait été poursuivi dans tous les cas jusqu'à confirmation de la scarlatine.

## HISTORIQUE

La scarlatine puerpérale est de connaissance déjà fort ancienne et dans l'historique de cette maladie il semble qu'il faille distinguer trois époques.

La première étape correspond aux faits anciens : certains auteurs avaient observé, dans les Maternités, de petites épidémies de scarlatine, survenant chez les accouchées et de pronostic fréquemment mortel. Mais ces descriptions manquent de précision ; telles sont les relations de Welsh en 1655, de Hamilton en 1740, de Ludwig en 1758, de Bricude en 1782, qui sont trop incertaines pour être retenues.

Nous situerons la deuxième période au XIX^e^ siècle, surtout dans ses dernières années où la fréquence chez les accouchées d'épidémies d'érythèmes infectieux ayant tous les caractères cliniques de la scarlatine posa la question des rapports de la scarlatine et de la puerpéralité.

Le premier, Malfatti, à la Maternité de Vienne en 1799 relata avec soin une épidémie de fièvre exanthématique ayant tous les caractères de la scarlatine sauf l'angine, survenant du 2^e^ au 7^e^ jour des suites de couches, et transmissible, dans certains cas, à l'entourage.

Senn, dans sa thèse de 1825, rapporte à son tour

une épidémie de scarlatine chez les accouchées, observées à la Maternité de Paris. Dance, à l'Hôtel-Dieu Helm en Allemagne publient des cas analogues.

C'est alors, dans la deuxième moitié du XIXe siècle que paraissent les travaux nombreux qui soulignent les discussions passionnées que soulevait la nature de la scarlatine puerpérale.

S'agissait-il de scarlatine véritable ou d'exanthème scarlatiniforme d'origine puerpérale. A l'une ou l'autre de ces opinions se rangèrent les nombreux auteurs qui s'occuppèrent de la question.

La plupart des classiques, Helm, Winkel, Retzius, Schroeder, A. Guéniot, Doléris, Lucas Championnière, voyaient en ces prétendues scarlatines, de simples érythèmes infectieux liés à l'infection puerpérale.

Au contraire, d'autres auteurs, aussi nombreux, Senn en 1825, Hervieux dans son *Traité des Maladies puerpérales* en 1870, Olshausen dans son Mémoire allemand de 1875, Colson, Léopold Meyer, Renvers, Lesage dans sa thèse de 1877, Siredey et son élève Legendre dans sa thèse de 1881, Durand dans sa thèse de 1891, Bergé dans sa thèse de 1895, affirment la nature véritablement scarlatineuse de l'éruption, au moins dans un grand nombre de cas. Il y eut, à ce sujet, de nombreuses et vives discussions, notamment à la Société Obstétricale de Londres en 1875.

Depuis, la question de la scarlatine puerpérale semblait être tombée en sommeil et, de fait, depuis le début du XXe siècle, bien peu de cas en furent signalés.

Lemarquand, dans sa thèse de 1906, consacrée à

« Scarlatine Maternelle et nourrisson », n'a qu'une seule observation de scarlatine puerpérale et dans les trente dernières années on ne relève que quelques cas sporadiques et quelques petites épidémies, à Lyon en 1909 et 1921, à Toulouse en 1912, à Paris en 1919-1920.

Le problème restait donc en suspens lorsque la découverte récente des procédés nouveaux de discrimination donna à la question un regain d'actualité et jeta une lumière nouvelle à la fois sur la nature des exanthèmes puerpéraux et sur le problème étiologique de la scarlatine en général.

Aussi ces dernières années ont-elles vu paraître différents travaux consacrés à la scarlatine puerpérale parmi lesquels nous citerons surtout la thèse Lyonnaise de Thouveny en 1922, inspirée par Mouriquand, l'étude de De Lavergne et Fruhinsholz en 1928 sur le Problème actuel de la Scarlatine des accouchées et l'article de P. Baize et M. Mayer dans la *Presse Médicale* du 3 août 1929.

Nous nous permettrons de rapporter quelques-unes des observations de ces auteurs, observations qui viennent à l'appui des nôtres.

## ÉTIOLOGIE

La scarlatine puerpérale s'observe par définition chez les femmes en couches, presque toujours, il est intéressant de le noter, après un accouchement normal et à terme, rarement après un accouchement prématuré, exceptionnellement après un avortement comme dans notre observation VI ; nous n'en avons point trouvé d'autres cas dans la littérature.

Du point de vue de la date d'apparition toutes les statistiques montrent nettement que la date la plus fréquente va du 2e au 5e jour après l'accouchement et sur ce point tous les auteurs s'accordent de façon remarquable. Malfatti ne l'observe jamais après le 10e jour, Senn l'observe du 2e au 3e jour, Trousseau au 4e jour, Retzius au 3e jour, Braxton Hicks du 3e au 5e jour, Renvers du 1er au 3e jour.

Lesage dans sa statistique de 132 cas, Durand dans sa thèse portant sur 141 cas notent l'apparition des premiers symptômes.

| | Lesage | Durand |
|---|---|---|
| Avant l'accouchement | 8 fois | 6 fois |
| Aussitôt après | 0 — | 8 — |
| 1 à 2 jours après | 7 — | 61 — |
| 3e jour | 64 — | 27 — |
| du 3e au 8e jour | 53 — | 22 — |
| après le 8e jour | 0 — | 16 — |

Plus récemment, Thouveny note dans ses 11 observations une date d'apparition constante du 3e au 5e jour, De Lavergne et Fruhinsholz ont 4 cas du 3e au 6e jour, un seul au 10e jour. Enfin les 6 observations que nous publions ne dérogent en rien à la règle ; deux fois la scarlatine apparut au 3e jour deux fois au 7e jour, une fois seulement au 10e jour des suites de couches.

On est frappé par la régularité de cette date d'apparition qui correspond de façon singulière à la durée ordinaire d'incubation de la scarlatine non puerpérale si l'on admet, ce qui semble probable, que la femme est contaminée au moment de l'accouchement. Tous les auteurs ont insisté sur ce point et Trousseau, notamment, dit : « les femmes grosses restaient en général à l'abri de l'influence épidémique mais, 36 à 48 heures après leur délivrance, l'éruption scarlatineuse se manifestait. »

La première partie de cette phrase nous amène à constater qu'en effet la scarlatine de la femme enceinte est une véritable exception.

La scarlatine a une véritable prédilection pour les accouchées et respecte de façon à peu près constante les femmes gravides. Tout se passe comme si, loin d'être en état d'anergie gravidique, elles possédaient une véritable immunité qui disparaît au moment de l'accouchement. Cependant de nombreux auteurs et Hervieux notamment, nient l'existence de cette immunité. Mais, ce qu'il importe de souligner surtout, c'est l'étonnante disproportion entre le nombre de cas de scarlatine avant et après l'accouchement.

Si toutle monde est d'accord sur ce dernier point, il

n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'évaluer la fréquence de la scarlatine puerpérale. Cette fréquence est suivant les auteurs, infiniment variable d'autant que la maladie procède par petites épidémies plus ou moins rapprochées et reste ensuite un temps parfois très long sans réapparaître.

Senn en 1825, observe 32 cas de scarlatine puerpérale sur 800 accouchées suivies à la Maternité de Paris. Denham à Dublin en 1852 en note 8 cas sur 150 accouchements alors que Martin ne trouve que 3 cas sur 38.000 accouchées. Il s'agit donc dans l'ensemble, d'une maladie plutôt rare.

Notons encore qu'on l'observe le plus souvent chez des primipares (Lesage) et presque toujours après un accouchement normal, qui s'est passé régulièrement, et dont les suites de couches ne semblaient présenter aucun caractère anormal.

Il est intéressant de noter que dans la plupart des cas il est impossible de retrouver la source du contage.

Le plus souvent, les femmes ont été admises dans les Maternités, 10 à 15 jours avant l'accouchement, c'est-à-dire un laps de temps bien supérieur à la durée d'incubation de la scarlatine ; elles y sont à l'abri de toute cause apparente de contagion. La maladie a donc l'apparence de la génération spontanée mais de nombreux auteurs font observer que, dans bien des cas, il est difficile de retrouver l'origine du contage d'une scarlatine banale, non puerpérale.

Nous pouvons donc résumer en quelques mots les données étiologiques essentielles de la scarlatine puer-

pérale ; d'apparition rapide du 3e au 5e jour après un accouchement normal chez des primipares ; d'allure épidémique avec impossibilité habituelle de remonter à la source de la contagion.

## SYMPTOMES

La scarlatine puerpérale présente certaines particularités qui, sans la séparer nettement de la scarlatine ordinaire, contribuent néanmoins à lui donner une allure clinique un peu particulière.

Nous ne voulons pas décrire en détail les symptômes de la scarlatine. Nous nous contenterons seulement de les esquisser en insistant surtout sur certaines particularités qui font de la scarlatine des accouchées une entité morbide un peu spéciale et qui avaient motivé les discussions pathogéniques nombreuses de jadis.

## INVASION

Le début est le plus souvent brutal, assez analogue à celui de la scarlatine ordinaire ; chez une accouchée au 3e ou 4e jour apparaissent brusquement des frissons répétés, un malaise général intense et des courbatures, suivis d'une élévation thermique rapide à 40°. Le pouls est rapide, la peau sèche, brûlante. Les nausées, les vomissements sont presque constants mais, le signe capital du début de la scarlatine, l'angine, fait défaut.

Sur ce point tous les auteurs sont d'accord. Malfatti, Senn, Retzius Guéniot, Hervieux, Braxton Hicks, Olshausen, Legendre, Lesage mentionnent expressément l'absence d'angine et, parmi les observations récentes, nous pouvons noter que, sur 11 cas, Thouveny ne signale qu'une fois l'angine caractéristique un jour avant l'éruption, dans son observation III. De Lavergne et Fruhinsholz sur cinq cas, ne la signalent également qu'une fois. Personnellement, nous n'avons noté qu'une seule fois l'existence d'une angine précédant l'éruption (obs. II) et encore cette angine, de nature diphtérique était postérieure de deux jours aux frissons et à l'élévation thermique.

Donc, l'angine est exceptionnelle et, lorsqu'elle existe, elle reste légère avec une dysphagie peu marquée et sans adénopathies sous-maxillaires. Lesage insiste en

outre sur un certain degré de catarrhe oculo-nasal et de congestion de la face qui pourraient faire penser au catarrhe de la période d'invasion de la rougeole. Nous n'avons pas constaté ces symptômes.

En somme, le fait capital de cette période d'invasion est l'absence habituelle d'angine. La durée en est courte comme dans la scarlatine ordinaire et au bout de vingt-quatre heures apparaît l'éruption.

## ERUPTION

L'éruption comporte, comme dans la scarlatine ordinaire, un énanthème et un exanthème.

1° *L'énanthème*, qui précède de quelques heures l'apparition de l'exanthème, peut faire croire, par sa localisation bucco-pharyngée, à l'existence d'une angine, d'autant qu'il s'accompagne de rougeur et de sécheresse de la gorge, mais un examen attentif permet la différenciation en montrant, de l'énanthème, que c'est une rougeur uniforme, vineuse, framboisée, s'étendant sur les piliers, les bords libres du voile, la face interne des joues ; sur ce fond se détache un pointillé rouge plus foncé. Il ne s'agit pas d'une amygdalite, la dysphagie est peu marquée ou nulle, l'adénopathie sous maxillaire est légère, bien qu'il puisse exister un léger enduit pultacé sur les amygdales. A ce moment la langue est blanche au milieu, rouge vif à la pointe et sur les bords.

2° L'*exanthème* apparaît bientôt.

Il débute par un érythème pointillé à la base du cou et sur la poitrine, puis s'étend sur le tronc, sur les membres, en gagnant de proche en proche pour être généralisé au bout de quatre à cinq jours. L'aspect de la malade est alors caractéristique.

L'éruption apparaît sous forme de larges placards érythémateux d'une rougeur diffuse, sur le fond de

laquelle se détache un pointillé plus foncé, formé de minuscules papules. On peut voir, en outre des éléments assez nettement morbilliformes (Lucas Championnière) et des vésicules miliaires ayant l'aspect d'éruption sudorale.

Par ailleurs, les caractères topographiques, les signes de Filato, de Pastia, de Hecht, se retrouvent dans la scarlatine puerpérale comme dans la scarlatine ordinaire. Ils ont d'ailleurs assez peu de valeur au point de vue diagnostique. Par contre, la langue est absolument caractéristique et présente un gros intérêt diagnostique. Elle est framboisée, dépapillée, vernissée tout comme dans la scarlatine ordinaire.

Les signes généraux sont d'intensité variable. Le plus souvent la température oscille entre 39 et 40, le pouls est rapide, à 120-130, la soif est vive, la peau brûlante. Les malades sont prostrées, ou au contraire, agitées et délirantes ; les vomissements ont cessé mais par contre apparaît souvent de la diarrhée, d'un fâcheux pronostic. Les urines sont rares, foncées, albumineuses.

On observe fréquemment le pseudo-rhumatisme scarlatin. A ce moment peuvent également apparaître des angines secondaires, à streptocoques le plus souvent, quelquefois diphtériques, comme dans notre observation II.

Du côté des voies génitales, il est intéressant de remarquer la rareté des signes d'infection ; le plus souvent tout semble normal. Quelquefois seulement peut-on noter un peu de fédidité des lochies dont l'écoulement est augmentée, un utérus un peu gros et sensible (Malfatti, Braxton Hicks, Mac Clintak, Devraigne, Baize et Mayer.

## ÉVOLUTION

L'évolution est très variable suivant les cas et suivant les épidémies. Elle se fait souvent vers la mort. Les opinions sont divergentes à ce sujet du fait que les différentes épidémies sont de gravité fort inégale.

Certains auteurs ne comptent que des guérisons, Brown, Guéniot, Hervieux, Koch ; nous-même n'avons eu aucun décès sur nos six malades. Par contre, Halahan a eu 19 morts sur 25 cas, Mac Clintock 10 sur 34, Schneider 2 sur 5 ; Renvers accuse une mortalité de 50 %, Thouveny de 60% et ce dernier auteur insiste tout particulièrement sur la gravité exceptionnelle de la maladie.

Cette gravité semble donc varier avec le génie épidémique et aussi, d'après Olshausen, avec la durée d'incubation, c'est-à-dire avec le temps écoulé entre l'accouchement et les premiers symptômes morbides ; la rapidité d'apparition faisant présager la gravité, le retard dans cette même apparition étant au contraire indice de bénignité.

La diarrhée fétide, l'hyperthermie, la petitesse du pouls, la dyspnée sine materia annoncent la gravité du pronostic. Souvent surviennent des hémorragies multiples, du purpura, et l'évolution se fait en deux à trois jours vers la mort dans un coma précédé de délire ou par collapsus cardiaque.

Dans les cas favorables, l'éruption pâlit vers le huitième jour, la température descend en lysis et la desquamation apparaît : desquamation typique de scarlatine, fine et purpuracée à la face, par larges squames sur le corps, tardivement sur les membres.

Dans les cas douteux, cette desquamation est d'un intérêt considérable pour le diagnostic.

Cette forme moyenne, que nous venons de décrire, n'est pas la seule qui puisse être observée et, suivant la gravité, on peut décrire diverses formes cliniques.

*a*) Formes atténuées (Siredey).

Elles sont caractérisées, en général par un exanthème discret, à peine rosé, incomplet, qui peut prendre par place le type morbilleux ou s'accompagner d'éruption miliaire. Les signes généraux sont atténués et ces cas posent un diagnostic difficile avec les érythèmes scarlatiniformes. C'est sans doute à ces formes que correspondent les « scarlatinoïdes « de A. Guéniot et de Lucas Championnière.

*b*) Formes graves.

Elles sont en tout comparables aux formes analogues de la scarlatime ordinaire, formes hémorragiques, ataxo-adynamiques, foudroyantes mais leur fréquence semble assez grande dans la scarlatine puerpérable.

*c*) Formes compliquées.

Elles s'observent assez fréquemment et ces complications sont de différents ordres.

Les unes sont celles de toute scarlatine, tel le *Pseudo rhumatisme scarlatin* (Senn) que sa fréquence élève presque au rang de symptôme, les *angines* que nous avons déjà signalées et qui surviennent à titre de com-

plications de la période d'état et non de symptôme de début, angines à streptocoques ou diphtériques (obs. personnelle II, observ. II de la Thèse de Thouveny). Ces angines pouvant entraîner d'autres complications graves, otite et mastoïdite comme dans notre observations VI, néphrites enfin (Schneider, obs. II de Thouveny).

D'un autre ordre, et moins fréquentes sont les complications liées à la puerpéralité. Nous avons insisté sur leur rareté relative ; mais, lorsqu'elles existent, elles revêtent un grand intérêt, car elles démontrent l'existence d'un certain degré d'infection des voies génitales.

On peut observer de l'endométrite, caractérisée par la fétidité des lochies et l'excès de volume et de sensibilité de l'utérus, la phlegmatia (Mac Clintok), des annexites et même parfois, des péritonites (Helm, Schneider, Martin, Liebmann, obs. II, Lesage,obs. II.).

## DIAGNOSTIC

En présence d'un exanthème survenant chez une nouvelle accouchée, le problème revient pratiquement à discuter deux diagnostics la scarlatine et l'érythème puerpéral scarlatiniforme, ce qui ne présente pas seulement un intérêt doctrinal, mais encore une réelle importance au point de vue prophylactique.

Jusqu'à ces dernières années, on ne disposait, pour réaliser ce diagnostic, que d'arguments *cliniques* et *épidémiologiques*.

Les premiers se basaient sur l'absence habituelle d'infection génitale, la brutalité du début, la rapidité du pouls, les vomissements, l'hyperthermie, l'apparition précoce et les caractères de l'éruption, l'état de la langue, la desquamation terminale qui plaidaient en faveur de la scarlatine, sous réserve cependant que la plupart de ces symptômes peuvent exister au tableau de l'érythème infectieux puerpéral, bien qu'en général atténués, et, que d'autre part, la scarlatine véritable se présente souvent sous une forme fruste (Trousseau),

Les arguments épidémiologiques sont plus probants ; ils reposent sur la notion de contagiosité de la scarlatine, sur le fait qu'une première atteinte confère presque toujours l'immunité.

Les faits, où des malades atteintes de scarlatine puer-

pérale transmettent à des personnes saines de leur entourage des scarlatines typiques sont démonstratifs, mais évidemment fort rares. Cependant de nombreux auteurs en relatent des cas.

Malfatti signale la transmission de la maladie à une infirmière et à des enfants. Senn, Braxton Hick, Olshausen, Clémens, Schneider en parlent à leur tour. Thouveny cite deux cas de contagion chez une femme et une petite fille. De Lavergne et Fruhinsholz parlent d'un « essaimage de l'affection qui atteignit successivement différentes personnes du service hospitalier : chef de clinique, interne, stagiaires, élèves sages-femmes. » Enfin, l'auto observation de M. Baize, de la communication Devraigne, Baize et Mayer possède à ce point de vue la valeur d'une expérience de laboratoire Cet interne examine la malade de notre observation I, Mme P... le 25 janvier 1929, dans l'après-midi ; quatre jours plus tard, sans avoir eu le moindre contact avec un scarlatineux, il présente une angine avec syndrome infectieux brutal suivi de scarlatine typique et grave. La réalité de la nature scarlatineuse de l'éruption de Mme P... semble dans ces conditions bien difficile à discuter.

Mais on ne peut, cela se conçoit, compter, pour le diagnostic, sur ces cas de contagion, heureusement rares.

Plus constants sont les procédés nouveaux appliqués depuis quelques années au diagnostic de la scarlatine, procédés de discrimination d'ordre biologique dont la valeur semble indiscutable. Nous voulons parler sur-

tout du phénomène d'extinction décrit par Schultz et Charlton en 1918 et qui a fait, depuis, l'objet d'un nombre important de travaux. Nous citerons seulement la thèse parisienne de Nechkovitch et celle de Pavlovitch (Lyon 1922) inspirée par Mouriquand, dans laquelle ce dernier auteur étudie le phénomène de Schultz et Charlton au cours de la scarlatine puerpérale et le considère comme extrêmement précieux pour le diagnostic de cette affection.

Nous lui empruntons d'ailleurs les quelques données fondamentales que nous allons rappeler sur le phénomène d'extinction lui-même et la technique de sa recherche.

*a*) Le sérum de scarlatineux convalescents dont la maladie date de plus de trois semaines, ainsi que le sérum humain normal de sujets n'ayant jamais eu la scarlatine jouit de la propriété curieuse d'éteindre l'exanthème scarlatineux dans la région avoisinant l'injection intra-dermique.

*b*) Ce sérum est sans action sur tout autre exanthème qui n'est pas d'origine scarlatineuse.

*c*) Le sérum d'individus en pleine maladie, c'est-à-dire dans les vingt premiers jours qui suivent le début, est incapable de provoquer l'extinction si on l'injecte à un malade en pleine éruption.

*d*) Les sérums d'origine animale sont dénués de toute action sur l'exanthème scarlatineux.

De là découlent deux techniques de recherches.

1° Une méthode directe qui consiste à prélever du sang d'un sujet convalescent de scarlatine à jeun, et,

après s'être assuré de la négativité du Wassermann sur l'un des échantillons, à injecter dans le derme du sujet porteur d'exanthème suspect un centimètre cube de sérum. Dans le cas de scarlatine, on observe, au bout de six à dix heures un pâlissement, puis un effacement local de l'éruption sur une étendue qui peut aller d'une pièce de cinq francs jusqu'à une paume de main.

2° L'autre méthode, qui consiste à injecter à un scarlatineux certain, en pleine éruption, du sérum d'individu suspect de scarlatine, est moins facile à réaliser. En ce cas, s'il y a effacement de l'éruption, c'est qu'il ne s'agit pas de scarlatine, si non, c'est une scarlatine.

Dans nos observations, comme dans celles que nous avons pu réunir, c'est toujours la méthode directe qui a été employée. Cette recherche n'a été faite que dans quelques cas mais nous pensons qu'on devrait la pratiquer systématiquement dans tous les cas d'éruption scarlatiniforme puerpérale.

Dans nos observations, cette recherche a été effectuée quatre fois. Trois fois le résultat a été nettement positif (obs. III, IV, VI) le pâlissement de l'éruption se montrant net et persistant ; une fois seulement (obs. V) nous n'avons pu l'obtenir. Thouveny l'a recherché dans deux observations rapportées également par Pavlovitch : une fois l'extinction fut positive (obs. VII), une fois négative (obs. VIII). De Lavergne et Fruhinsholz sur deux cas où ils l'ont recherché l'ont trouvé deux fois positive. Si nous rapprochons ces résultats, nous voyons que, sur huit cas où il a été recherché, six fois le phénomène d'extinction s'est montré positif, deux fois seu-

lement négatif (obs. VIII de Thouveny, notre obs. V). Il est probable que ces deux cas ne concernaient pas de véritables scarlatines.

Quant à la réaction de Dick, c'est-à-dire l'intra-dermo réaction à la toxine streptococcique, nous n'en avons pas l'expérence personnelle et il semble qu'elle n'ait pas été souvent recherchée dans la scarlatine puerpérale ; nous croyons qu'elle n'a pas le même intérêt que le phénomène de Schultz et Charlton car elle n'a de valeur vraiment spécifique que s'il est démontré que le streptocoque est l'agent causal de la scarlatine ; d'autre part elle est moins facile à pratiquer, puisque, pour obtenir une certitude, il faudrait la rechercher deux fois : à la période d'état de l'exanthème et à la convalescence. Positive dans le premier cas, négative dans le second, ce double résultat serait en faveur du diagnostic de scarlatine.

Peut-être y a-t-il dans la reaction de Dick un procédé de diagnostic intéressant à étudier.

## PATHOGÉNIE

Il nous faut maintenant reprendre les théories émises par les différents auteurs et décider, à la lueur des procédés d'investigations nouveaux, notamment du phénomène de Schultz et Charlton, à quelle théorie pathogénique nous devons en définitive nous ranger.

Pour un grand nombre d'auteurs en effet, la scarlatine puerpérale n'existe pas en tant que scarlatine et il s'agit dans tous les cas d'érythèmes toxi-infectieux liés à la septicémie puerpérale. Pour d'autres, au contraire, il s'agit bien de scarlatines véritables. D'autres enfin, plus éclectiques, et nous nous rangerons à leur opinion, admettent la possibilité d'existence de l'une et l'autre variété d'affection.

I. Helm, Schroeder, Winkel et la plupart des Allemands tiennent pour la première hypothèse. Retzius fait de la scarlatine puerpérale une maladie apparentée à la fièvre puerpérale et qu'il appelle « porphyra ». A. Guéniot (Thèse 1862) range les érypthèmes des femmes en couches parmi les manifestations d'infection puerpérale sous le nom de « scarlatinoïdes » et donne, comme caractères distinctifs de ces dernières, la bénignité, l'absence d'angines, l'impossibilité de retrouver une source de contagion. Denham place dans un même groupe scarlatine, érysipèle et fièvre puerpérale.

Lorrain, Lucas-Championnière, Mackness, Doléris, concluent à la nature puerpérale de l'érythème des nouvelles accouchées. Pour tous ces auteurs il ne s'agit pas de scarlatine, en raison des arguments suivants :

1° Pas de contage originel, absence de contagiosité (nous avons vu que ce dernier argument est controuvé);

2° Absence presque constante de l'angine, symptôme fondamental de la scarlatine ; caractère souvent morbilleux de l'éruption (Lucas-Championnière) ;

3° Coïncidence des épidémies de fièvre puerpérale et de scarlatine puerpérale (A. Guéniot) ;

4° Mortalité qui est plus celle de l'infection puerpérale que de la scarlatine ;

5° Début après l'accouchement, comme l'infection puerpérale, contrastant avec l'immunité de la femme enceinte.

II. Mais ces arguments sont réfutés par les nombreux auteurs qui défendent la théorie scarlatineuse. Olshausen, Thomas, Litten, Hervieux, Raymond, Maygrier, Siredey, Legendre, Léopold Meyer, Renvers et surtout Bergé qui font observer :

1° Que, dans la scarlatine ordinaire, bien souvent on ne retrouve pas le contage originel et que d'autre part les cas de transmission de l'affection sont d'observation assez courante ;

2° Que l'absence d'angine s'explique fort bien dans les conceptions de Bergé qui invoque l'existence d'une porte d'entrée utéro-vaginale, équivalent de la porte d'entrée pharyngée normale, argument que renforce la notion de scarlatine d'origine chirurgicale, donc avec

porte d'entrée extra-pharyngienne (Offa, Zulzer, Legendre, etc.).

3° Que la coïncidence des épidémies de scarlatine et de fièvre puerpérale prouve seulement que le streptocoque joue un rôle majeur dans l'étiologie de ces deux affections ;

4° Que l'apparition de la scarlatine à date fixe après l'accouchement comme la fièvre puerpérale ne signifie pas identité des deux affections, mais montre seulement que l'accouchement joue un rôle essentiel dans la production de l'une et l'autre maladie.

III. Mais, depuis Colson (1877) quelques auteurs soutiennent une théorie plus éclectique.

Colson admet en effet une pathogénie double et distingue les scarlatines vraies survenant accidentellement dans le post-partum et les fausses scarlatines qui sont des érythèmes puerpéraux. Lesage, Durand, Bernard concluent de façon analogue. M. Teissier émet également une opinion semblable. Cette dernière manière de voir nous paraît cadrer admirablement avec les faits cliniques et avec les résultats que nous apporte la recherche du phénomène d'extinction.

Parmi toutes les maladies qualifiées scarlatines puerpérales, il convient donc de distinguer :

*a*) Des scarlatines *normales*, *classiques* évoluant accidentellement chez une accouchée (variété amygdalienne de Bergé) ces scarlatines s'accompagnant d'angine typique et évoluant de façon tout à fait normale. Elles sont, à notre avis, extrêmement rares, le contage survenant par hasard au moment de l'accouchement ou même

pendant la grossesse, l'apparition des symptômes morbides ayant été alors retardée jusqu'à l'accouchement par l'immunité supposée de la femme enceinte.

*b*) Mais les véritables *scarlatines puerpérales* forment une autre classe. Ce sont vraisemblablement de beaucoup les plus nombreuses et elles répondent à ce que Bergé appelle la variété utéro-vaginale. L'existence en est désormais inconiestable et, pour la prouver, on peut s'appuyer sur la série de faits suivants :

1° La date d'apparition, 2 à 5 jours après l'accouchement, toujours la même, précisément égale à la durée d'incubation moyenne de la scarlatine ;

2° L'identité clinique, à l'angine près, l'absence de ce symptôme s'expliquant admirablement ;

3° La présence du phénomène d'extinction de Schultz et Charlton ;

4° La possibilité et l'existence incontestable de faits de transmission reproduisant la maladie typique chez des personnes de l'entourage, scarlatine normale avec angine.

Ces deux derniers faits signent, à notre avis, la nature scarlatineuse d'un exanthème puerpéral.

Cette interprétation repose sur les conceptions de la pathogénie et de l'étiologie de la scarlatine que Bergé a exposées dans sa thèse (1895) reprenant les idées anciennes de Playfair et de Renvers. Pour Bergé, la scarlatine est dûe à un streptocoque qui, localisé en un point de l'organisme diffuse ses toxines dans l'économie, produisant de la sorte l'exanthème et les signes majeurs de la maladie ; cette conception rappelle les idées ac-

tuellement admises pour la diphtérie et le tétanos. Ainsi, suivant la localisation initiale du « streptococcus scarlatinae » on se trouve en présence de formes différentes de la maladie ; scarlatine normale (pharyngée), chirurgicale, enfin puerpérale. En ce qui concerne cette dernière, lors de l'accouchement, il se produit vraisemblablement un contage utérin à la faveur du traumatisme normal et inévitable, même léger, et l'angine est alors remplacée par une endométrite, véritable équivalent de l'angine des scarlatines ordinaires, non puerpérales.

Quant à la nature du virus scarlatin on ne la connaît pas à l'heure actuelle de façon certaine et un simple aperçu de cette question complexe nous entraînerait bien au-delà des limites de notre modeste thèse.

Mais il nous semble que la fréquence relative de la scarlatine au cours de la puerpéralité, dont les principales complications relèvent du streptocoque, est un élément de plus pour affirmer l'origine streptococcique de la scarlatine, que les dernières recherches bactériologiques et biologiques rendent de plus en plus vraisemblable.

*c*) Enfin il est incontestable qu'il existe des *érythèmes scarlatiniformes* apparaissant au cours de la puerpéralité, véritable forme exanthématique de l'infection puerpérale.

Ces érythèmes, tantôt véritablement scarlatiniformes, tantôt d'aspect morbilleux ou miliaire sont le plus souvent fugaces et, fait capital pour le diagnostic, ne donnent pas le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton. En outre, ils ont pour règle générale, d'être bénins,

de ne pas s'accompagner de desquamation et de ne pas être contagieux.

Mais comme ces exanthèmes n'accompagnent pas toujours une infection puerpérale bien caractérisée, et que, d'autre part il existe des formes frustes de scarlatine, on saisit toute l'importance diagnostique de la recherche du phénomène d'extinction de Schultz et Charlton.

## LA SCARLATINE PUERPÉRALE ET LE NOUVEAU-NÉ.

La plupart des travaux consacrés à la scarlatine puerpérale laissent dans l'obscurité la plus complète le nouveau-né. C'est que, depuis longtemps l'opinion est faite et bien établie que l'enfant, au moins dans ses six premiers mois est à l'abri des maladies éruptives et notamment de la scarlatine. Comme preuve à l'appui, nous rappellerons l'opinion de Weill et Péhu qui disent que « les maladies éruptives, rougeole, scarlatine, variole, sont exceptionnelles dans les premiers jours et même dans les six premiers mois de la vie. Le nouveau-né placé en contact intime et prolongé de sa mère atteinte de scarlatine, ne contracte pas la maladie. Enfin dans les cas positifs rares, ces affections sont peu graves, à symptômes atténués ». Or ces données classiques sont peut-être sujettes à révision.

Au cours des recherches que nous avons dû pratiquer pour écrire notre thèse, nous avons été frappés de la fréquence, somme toute assez grande, avec laquelle certains auteurs relataient des cas de scarlatine du nouveau-né transmises par la mère.

Senn, dans sa thèse de 1825, dit que les nouveaunés, bien qu'isolés, contractent la scarlatine.

Sauvé écrit « la scarlatine ne respecte aucun âge » et cite Bernouilli qui en rapporte deux cas. De Baillon parle de plusieurs cas de scarlatine congénitale. Blache et Guersant rapportent cette observation de Pottier en 1844, que nous résumons.

Il s'agissait d'un enfant nouveau-né dont la mère présenta, le lendemain de l'accouchement, des symptômes de scarlatine ; l'enfant, isolé immédiatement du sein maternel n'en contracta pas moins la maladie qui fut très intense et qu'il supporta bien tandis que la mère mourrait le 15e jour.

Bohn rapporte qu'on a vu 17 cas de scarlatine congénitale. Legendre dans sa thèse de 1881 relate un cas de scarlatine puerpérale transmise au nouveau-né dont voici l'observation succincte : 3 jours après le début de la scarlatine puerpérale de la mère, l'enfant qui avait continué à prendre le sein, présente un exanthème généralisé de coloration uniformément rouge sur lequel apparaît un pointillé saillant sous le doigt. 2 jours après apparaissent de petits vésicules.

La maladie se termine par la guérison. Le même auteur présente à la Société Médicale des Hôpitaux en 1895 un cas de scarlatine congénitale chez un nouveau-né isolé de sa mère scarlatineuse. Lemarquand dans sa thèse de 1906 prétend que l'allaitement maternel empêche l'enfant de contracter la maladie et relate un cas de scarlatine chez un enfant âgé de quinze jours, terminée par la mort.

Plus récemment nous avons trouvé quelques renseignements dans la thèse de Thouveny où, sur 11 obser-

vations, nous en trouvons 7 où il est fait mention de l'enfant. Sur ces 7 observations, 3 décrivent des troubles pathologiques du nouveau-né.

Obs. III. — L'enfant présente 2 jours après l'éruption de la mère différents phénomènes pathologiques, notamment une diarrhée forte et une élévation thermique à 40°, l'allaitement au sein a été interrompu, mais l'enfant non isolé.

Obs. IV. — L'enfant présente des troubles légers, diarrhée, léger érythème sans fièvre, allaitement interrompu, puis rétabli.

Obs. V. — L'enfant présente des troubles pathologiques mal définis, température à 38°.

Dans nos cinq observations, l'enfant isolé, n'a présenté en aucun cas, de troubles pathologiques.

Mais dans le cas du nouveau-né comme dans celui de l'accouchée, il est évident que se pose la question de savoir si cette éruption ou ces troubles pathologiques légers relèvent de la scarlatine ou de toute autre cause. On peut d'autant plus en douter que le nouveau-né, sauf des cas bien rares, n'a jamais présenté que des phénomènes pathologiques légers, rarement accompagnés d'érythème, plus rarement encore de desquamation, en dehors de la desquamation physiologique des nouveau-nés.

Dans les observations que nous venons de relater, nous ne pouvons citer en faveur de l'existence de la scarlatine du nouveau-né, que les affirmations déjà anciennes de Senn, de Sauvé, de de Baillon ; l'observation de Pottier, celles de Bohn. Plus récemment nous ne

trouvons guère de faits probants, hormis les deux observations de Legendre et une observation de la thèse de Lemarquand qui semble démontrer la réalité de la scarlatine du nouveau-né puisque c'est celui-ci qui transmet la maladie à sa mère. Les 3 observations de Thouveny ne nous permettent pas, par leur brièveté, d'affirmer qu'il s'agissait bien de scarlatine du nouveau-né, cependant ces troubles pathologiques nets relevés chez des enfants en contact avec leur mère scarlatineuse, peuvent logiquement être mis au compte d'une scarlatine fruste modifiée par les anticorps fournis par le lait maternel.

Il serait donc intéressant, dans le cas d'érythème du nouveau-né de rechercher le phénomène d'extinction. Mais nous n'avons pas connaissance que cela ait été fait et nous n'avons pas eu l'occasion de la faire.

En résumé, il semble, que dans certains cas, l'immunité naturelle du nouveau-né ne suffise pas à le protéger de la scarlatine maternelle, mais cette atteinte paraît, lorsqu'elle existe, légère. Dans le doute, il semble qu'on soit autorisé à isoler les enfants pour leur éviter la possibilité du contage maternel.

## CONCLUSIONS

Nous bornerons nos conclusions aux faits suivants:

1° Il peut exister chez les accouchées des *scarlatines véritables* proprement puerpérales, présentant des particularités assez spéciales, comme l'absence d'angine avec infection utérine légère ou même tout à fait latente.

2° Il existe d'autre part chez les accouchées des érythèmes scarlatiniformes puerpéraux qui ne doivent pas être confondus avec la scarlatine véritable, malgré une indiscutable parenté clinique.

3° En dehors des cas de contagion de malade à personne saine, seule la recherche du phénomène d'extinction de Schultz et Charlton permet de faire la discrimination entre scarlatine vraie et érythème scarlatiniforme puerpéral. Pratiquée systématiquement dans tous les cas dits scarlatine puerpérale cette recherche présente un intérêt non seulement doctrinal, mais encore prophylactique.

4° Enfin contrairement à l'opinion classique, le nouveau-né n'est peut-être pas absolument à l'abri de l'infection scarlatineuse et il paraît donc prudent de l'isoler, pour le préserver du contage éventuel.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE


*Allen*. — Albany med. Ann. 1891, t. XII et Trans. New-York méd. Assoc., 1890, t. VII.

*Arnaud* (*J.*). — Archives de gynécologie. Paris, 1892, t. XIX.

*Baize* (*P.*) et *Mayer* (*M.*). — La scarlatine purpérale. Presse Médicale, 3 août 1929.

*Bar*, *Brindeau* et *Chambrelent*. — Pratique des accouchements, 1927, t. II, p. 3.

*Bergé* (*A.*). — Pathogénie de la scarlatine. Thèse Paris, 1895.

*Bernard* (*S.*). — Erythèmes scarlatiniformes des suites de couches. Thèse Lyon, 1909.

*Besnier*. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, Paris, 1870.

*Bonnet-Laborderie*. — Scarlatine dans l'état puerpéral (Journal des Sciences Médicales de Lille, 1910).

*Boxall*. — Obstétr. Transactions of London, 1888.

*Braxton Hicks*. — Obstetr. Trans. of London, 1871.

*Brinton* (*W.*). — Maryland med. journal, 1892-1893, t. XXVIII.

*Brown*. — British med., journ., 1862.

*Colson*. — Communication à la Société clinique, 1877.

*Casalis*. — Erythèmes infectieux puerpéraux. Thèse Paris, 1907.

*Cordier*. — L'immunité des nourrissons vis-à-vis des fièvres éruptives. Thèse Paris, 1924.

*Dauce*. — Archives de Médecine, 1830.

*Demelin* et *Devraigne*. — Traité d'Obstétrique.

*Denham*. — Dublin Quaterly Journ. of Méd. Sc., t. XXXIV, 1862.

*Devraigne*, *Barr* et *Stern*. — In Traité d'Obstétrique.

*Devraigne* (*L.*), *Baize* (*P.*) et *Mayer* (*M.*). — Soc. d'Obstétrique et de gynécologie de Paris, 13 mai 1929.

*Durand*. — Etude historique et critique sur la scarlatine puerpérale. Thèse Paris, 1890-1891.

*Dreyfus-See* (*G.*). — Contribution à l'étude de l'immunité héréditaire. Thèse Paris, 1928.

*Earlè*. — Chicago Clin. Rev., 1892-1893, t. I, p. 13.

*Fiessinger*. — Gazette Médicale de Paris, 1893, 8e série, t. II, p. 469-471.

*Fisser*. — Scarlatina in puerpério. Thèse Emden., 1887.

*Frank* (*L.*). — Louisville Monthly Journal. Med. and. Sur., 1902-1903, t. IX, p. 443-445.

*Gelmann*. — Med. Obozr. Mosk., 1892, t. XXXVII, p. 134-140.

*Gocht*. — Scharlach im Wochenhett. Thèse Erlangen, 1894.

*Gresle* et *Le Calvé*. — Gaz. Méd. de Nantes, 1908, 2e série, t. XXVI.

*Guéniot* (*A.*). — De certaines éruptions dites miliaires et scarlatiniformes des femmes en couches. Thèse Paris, 1862.

*Haas*. — Uber Scharlach bei Wöchnerinnen. Thèse Marburg, 1892.

*Halahan*. — Dublin Quaterly Journ. of. Méd. Sc., 1868.

*Hamilton*. — Tractatus de Febre Miliari, 1740.

*Hardy*. — Dublin quaterly Journ. of Sc. Méd., 1868.

*Harris*. — Brit. Med. Journ. of London, 1906, t. I, p. 737.

*Hecquet*. — Méd. et Pharmacie des Pauvres, t. I, chap. LXII.

*Helm*. — Traité des maladies des femmes en couches. Zurich, 1840.

*Hervieux*. — Union médicale, 1867 et Traité des maladies puerpérales, 1870.

*Hirigoyen*. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1892, t. XXII.

*Lavergne* (*De*) et *Fruhinsholz*. — Le problème actuel de la scarlatine des accouchées (Gynécologie et Obstétrique, t. XVIII, n° 6, décembre 1928).

*Legendre*. — Scarlatine des femmes en couches. Thèse Paris, 1881.

*Lemarchand*. — Erythèmes scarlatiniformes de la puerpéralité. Thèse Paris, 1920-1921.

*Lemarquand*. — Scarlatine maternelle et nourrisson. Thèse Paris, 1906.

*Lesage*. — La scarlatine puerpérale. Thèse Paris, 1877.

*Lucas-Championnière*. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1879.

*Ludwig*. — Institutiones Medicae clinicae, 1758.

*Luffmann*. — Milvaukee Med. Journ., 1893, t. I, p. 52-55.

*Makness* (*Owen C.*). — Obst. trans. of Edimburg, 1888.

*Marc Clintock*. — Traduction in « Union médicale », 1866, fasc. 1.

*Malfatti*. — Hufelands Journ., t. XII, 1800.

*Martin*. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaek., 1876, t. II.

*Maygrier*. — Thèse d'agrégation. Paris, 1883.

*Meyer* (*F.*). — Med. Klin., 1905, t. I, p. 800-805.

*Meyer* (*Léopold*). — Zeitschrift für Gynaek., 1888.

*Mouriquand* et *Léorat*. — Journal de Médecine de Lyon, 1922.

*Murray*. — The Lancet, 1898, t. II, p. 1260.

*Olshausen*. — Arch. für Gynaek. und Obstetr. de Crédé, 1876.

*Pavlovitch*. — Le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton et le diagnostic de la scarlatine. Thèse Lyon, 1922, n° 136.

*Puech*. — Scarlatine puerpérale (Arch. de Gynécologie, 1876).

*Raymond*. — Thèse d'agrégation, 1881.

*Reich*. — Allgemeine Deutsche Hebamme-Zeitung, 1900, t. XV, p. 77.

*Renvers*. — Zeitschrift für Klin. Mediz., 1890, p. 306, t. XVII.

*Retzius*. — Hygiaea, t. XXIII, p. 187, 1862.

*Sandahl* (*C. J.*). — Thèse. Lund, 1847.

*Sanders* (*J.*). — Homeop. Journ. Obst. N.-Y., 1893, t. XV et 1902, t. XXIV.

*Schneider*. — Thèse. Marburg, 1873.

*Schrœder*. — Traité d'accouchements, p. 697.

*Sirc*. — Fièvres éruptives et puerpéralité. Thèse Montpellier, 1908.

*Siredey*. — Les maladies puerpérales, 1884.

*Teissier* et *Duvoir*. — In Traité de Pathologie interne de Roger, Widal, Teissier, 1928, t. II, p. 73.

*Thomas*. — Ziemmsseus Handbuch von Pathol., 1873.

*Thouveny* (*R.*). — Scarlatine et puerpéralité. Thèse Lyon, 1922, n° 147.

*Trousseau*. — Clinique médicale, t. I, p. 184 (édition de 1885).

*Vinay*. — Pathologie de la grossesse et des suites de couches. Paris, Doin, 1894.

*Welsh*. — Historia medica novum Puerperarum morbum continens. Leipzig, 1655.

*Winkel*. — Path. und Therapie des Wochenbetts.

*Wouters* et *Repellin*. — La scarlatine chez les accouchées (Revue mensuelle de Gyn., Obst., Ped., 1911).

*Weill* et *Péhu*. — In Traité de Pathologie interne. Collection Sergent, t. VI.